

## 総社市介護予防・生活支援サービス事業

### 介護予防ケアマネジメントについて

#### 1 業務の実施にあたっての基本事項

- (1) 介護予防ケアマネジメントの対象者は、事業対象者及び要支援者のうち予防給付を受けず、総合事業におけるサービス利用を受ける者としてします。
- (2) 介護予防・生活支援サービス事業における介護予防ケアマネジメントは、介護予防と自立支援の視点を踏まえ、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づきサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から、必要な援助を行います。
- (3) 介護予防ケアマネジメントの考え方は、サービス利用を終了した場合においても利用者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要があります。そのためには、対象者が主体的に取り組めるように働きかけるとともに、知識や技術の提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が必要です。
- (4) 介護予防・生活支援サービス事業におけるサービス事業の利用においては、必要に応じて住民主体の支援等多様なサービスを効率的に利用促進することとともに、認定に至らない高齢者の増加、自立支援・重症化予防につなげるよう努めます。
- (5) 介護予防ケアマネジメントでは、利用者本人や家族との面接にて、基本チェックリストの内容をアセスメントによって更に深め、利用者の状況や希望等も踏まえて、自立支援に向けたケアプランを作成し、サービス利用につなげます。

#### 2 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントは、予防給付の介護予防支援と同様、利用者本人が居住する地域の地域包括支援センターが実施します。また、その業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。

### 3 総合事業における介護予防ケアマネジメントの考え方

- (1) 介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものです。
- (2) 新しい総合事業における「介護予防ケアマネジメント」は、生活上の困りごとがあり、何らかの支援を必要として窓口に来た者のうち、基本チェックリストの記入により、「事業対象者の該当する基準」のいずれかに該当した者に対して行うものです。

※新しい総合事業に移行することによって、これまでの二次予防事業は廃止となり、二次予防事業対象者に対して必要に応じて実施していた「介護予防ケアマネジメント業務」も廃止されます。
- (3) 地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、医療や介護、生活支援等を必要とする状態になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うことが重要となります。
- (4) 新しい総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくものです。
- (5) 総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成します。

### 4 介護予防ケアマネジメントの種類

- (1) 介護予防ケアマネジメントにおいては、高齢者の自立支援を考えながら、利用者 と、目標やその達成のための具体策を共有し、利用者が介護予防の取り組みを自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し、実施できる支援をするものです。そのために、より身近に、分かりやすい情報や、専門職の助言、サービス事業の利用による効果などを得られる体制をつくりつつ、利用者がそれらを理解して、自身の行動を変えていけるよう、ケアマネジメントのプロセスにおいて、利用者の状態等について説明しながら、共有していくことが必要です。

(2) 介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、3パターンに分けて行います。

- ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）
- ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）
- ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

表1 介護予防ケアマネジメントの考え方と類型

具体的な介護予防ケアマネジメント（アセスメント、ケアプラン等）の考え方 類型	介護予防ケアマネジメントA	介護予防ケアマネジメントB	介護予防ケアマネジメントC
対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合</li> <li>• 訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合</li> <li>• その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>	<p>A又はB以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合 （指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合</li> </ul> <p>※必要に応じ、その後の状況把握を実施</p>
プロセス	<p>アセスメント</p> <p>→ケアプラン原案作成</p> <p>→サービス担当者会議</p> <p>→利用者への説明・同意</p> <p>→ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者へ）</p> <p>→サービス利用開始</p> <p>→モニタリング（給付管理）</p>	<p>アセスメント</p> <p>→ケアプラン原案作成（→サービス担当者会議）</p> <p>→利用者へ説明・同意</p> <p>→ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者へ）</p> <p>→サービス利用開始</p> <p>→モニタリング（適宜）</p>	<p>アセスメント</p> <p>→ケアマネジメント結果案作成</p> <p>→利用者への説明・同意</p> <p>→利用するサービス提供者への説明・送付</p> <p>→サービス利用開始</p>

表2 ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	—
サービス担当者会議	○	△	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	○（ケアマネジメント結果）
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	—

（○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要）

ア ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。

モニタリングについては3か月ごとに1回以上行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとります。

イ ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）と同様ですが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、6か月に1回以上のモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施します。

ウ ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

- ① ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。
- ② 初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」等を記載）を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげるものとし、その後は、モニタリング等はいりません。また、その者の状態等に応じた適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得て、ケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらいます。
- ③ ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合についても、アセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメント開始月分のみ、事業によるケアマネジメント費が支払われます。

## ※ ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）における留意事項

- ① 初回のみ介護予防ケアマネジメントを実施することとした場合は、その後は名簿等の簡易な利用者管理を行うことも可能とします。
- ② 初回のみ介護予防ケアマネジメントや簡略化した介護予防ケアマネジメントによりモニタリングを省略する場合は、利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておくものとします。

【状況悪化を見過ごさない仕組みづくりの例】

- ・ サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
  - ・ 定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
  - ・ 活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
  - ・ 出席簿を作成の上、毎月報告を求める。
- (3) 市（地域包括支援センター）の判断により、アからウまでの介護予防ケアマネジメントのプロセスは、その途中においても、利用者本人の状況等に応じて、変更できるものとします。
  - (4) ケアプラン、ケアマネジメント結果等を交付された後、利用者は、サービスの利用を開始するものとします。

## 5 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

- (1) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防のため、総合事業の趣旨やケアマネジメントの結果適当と判断したサービスの内容について、利用者が十分に理解し、納得する必要があります。そのため、地域包括支援センターは、利用者本人やその家族の意向を的確に把握しつつ、専門的な視点からサービスを検討し、そのサービス内容、自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果を期待しているのか等を利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得て、サービスを提供します。
- (2) 給付管理を伴わないサービス利用の場合においても、指定サービスについて給付管理が行われる趣旨が損なわれることのないよう、利用者の状態等に応じた内容・量のサービスを提供します。
- (3) 総合事業における介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターによって行われるものであり、指定介護予防支援事業所により行われる指定介護予防支援とは異なります。また、ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定していません。予防給付において自己作成している場合は、現行制度と同様、市の承認が必要です（介護給付とは異なる）が、加えてサービス事業を利用する場合は、必要に応じ、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつないでいきます。

## **6 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式**

(1) 介護予防ケアマネジメントにおける様式は、以下の様式を用います。

- 基本チェックリスト様式及び事業対象者に該当する基準
- 基本チェックリストについての考え方
- 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
- 興味・関心チェックシート
- 利用者基本情報
- 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）
- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表
- サービス利用票，別表3

(2) ケアプランの作成の必要がなく、初回のみケアマネジメントを行う場合は、サービス事業の利用の前に利用者及びサービス提供者等とケアマネジメント結果等を共有することにより、ケアプランの作成に代えることもできます。ケアマネジメント結果としては、「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策（利用サービス）」「目標を達成するための取り組み」等についての記載を行います。

(3) 自立支援に向けたケアマネジメントを勧める観点や、多職種間で意識の共有を勧める観点から、アセスメントや課題分析、モニタリングの参考様式として、「興味・関心チェックシート」等について、積極的に活用するものとします。

## **7 サービスの利用開始と費用の支払**

(1) 事業対象者の特定は、前述のとおり基本チェックリストの活用・実施により行います。基本チェックリストの活用・実施後、介護予防ケアマネジメントの対象者を特定しておくものとします。

(2) 事業対象者である旨の証（被保険者証）は、基本チェックリスト実施により事業対象者であると特定された後、介護予防ケアマネジメントの依頼を受けたタイミングで発行します。（予防給付における「介護予防サービス計画作成依頼届出書」の提出に代わり、事業では「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出する。）

(3) 要介護等申請を行い、非該当となった場合は、基本チェックリストを実施し、サービス事業の対象とすることができます。（通常の流れと同じく、「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の作成、名簿登録、被保険者証の発行を行います。）なお、要支援認定を受けている者が要支援認定を更新せずに継続的にサービスを利用することができるよう、有効期間終了時に介護予防・生活支援サービス事業の対象者とするすることで、引き続き介護予防ケアマネジメントに基づき、切れ目のないサービスを利用することは可能です。

(4) 介護予防ケアマネジメント費の考え方については、次の表を参照のこと。

■ 総社市介護予防・生活支援サービス事業 介護予防ケアマネジメント内容等一覧

サービス種別	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
サービス内容	介護予防支援と同様のケアマネジメント	ケアマネジメントAを簡略化したケアマネジメント	アセスメントをし、ケアプランを作成して、必要なサービスに繋げる。
対象サービス	①旧介護予防訪問（通所）サービス ②基準緩和通所サービス ③短期集中通所サービス	<b>※総社市における該当サービスなし。</b>	①住民主体訪問サービス
単価等（支払い頻度）	1月あたり4,300円（ケアマネジメントを行った月毎） ※利用者負担なし	—	1月あたり4,300円（初月のみ支払い）※利用者負担なし
加算	初回加算（3,000円） 介護予防小規模多機能型居宅 介護事業所連携加算（3,000円）	—	なし
サービス担当者会議	要	—	省略可
モニタリング	【居宅訪問による面接（モニタリング）】 ・開始月の翌月から起算し3月に1回 ・サービス終了月 ・利用者の状況に著しい変化があったとき 【モニタリング結果の記録】 ・少なくとも1月に1回は行う。	—	省略可 ※但し、利用者の状態に変化があった場合に、サービス提供者等から地域包括支援センターに情報提供することとする。
給付管理票の作成・記入	原則作成・記入	—	不要
支払い方法	事業者への直接支払	—	事業者への直接支払
想定される実施事業所	地域包括支援センター ※一部居宅介護支援事業所への委託も可	—	地域包括支援センター

## **8 介護予防ケアマネジメント実施の手順**

### (1) 地域包括支援センターへのケアマネジメントの依頼

利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けた場合は、市へ必要な書類〔基本チェックリスト、介護保険被保険者証、介護予防ケアマネジメント依頼届出書〕を提出し、すみやかに介護予防ケアマネジメントを開始します。

利用者へは、介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターが行うことや、アセスメントの際に地域包括支援センター職員が訪問させていただくことを説明します。

### (2) 介護予防ケアマネジメントの手続き

地域包括支援センターが利用者宅を訪問して運営規定等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始します。

#### 【必要な書類】

- ・重要事項説明書（2通）、個人情報取扱書
- ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書（2通）

## **9 介護予防ケアマネジメントの実施**

以下、1～2は利用者宅で実施します。

### 1. アセスメント（課題分析）

- ① 利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。
- ② より本人にあった目標設定に向けて興味・関心チェックシートなども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。

### 2. ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

- ① 利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決めます。

### 3. サービス担当者会議

ケアマネジメントA、Bにおいて実施しますが、ケアマネジメントBにおいてはサービス担当者会議の省略も可能です。

### 4. 利用者への説明・同意

サービス担当者会議を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し同意を得ます。

## 5. ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- ① ケアプランを利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付します。
- ② ケアマネジメントCについては、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」等を記載）を利用者に説明します。  
ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得て、ケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらうようにします。

## 6. サービス利用開始

各サービス提供者よりサービス実施します。

## 7. モニタリング（給付管理）

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。

利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。

利用者宅への訪問によるモニタリングは、ケアマネジメントのタイプにより、その実施及び間隔が異なります。

## 8. 評価

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントのタイプ変更も含めて、今後の方針を決定します。

## 10 予防給付とサービス事業を併用する場合

- (1) 予防給付とサービス事業によるサービスをともに利用する場合にあっては、予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われるものとし、給付管理については、予防給付とサービス事業の給付管理の必要なものについては、合せて限度額管理を行います。
- (2) 小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用し、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施しない場合には、予防給付においてケアマネジメントを行っていることから、前述と同様、サービス事業によるケアマネジメント費を支給しないものとします。

## 11 要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント

- (1) 福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、要介護認定等の申請を行うものとします。
- (2) 要介護認定等申請とあわせて基本チェックリストを実施した場合は、基本チェック

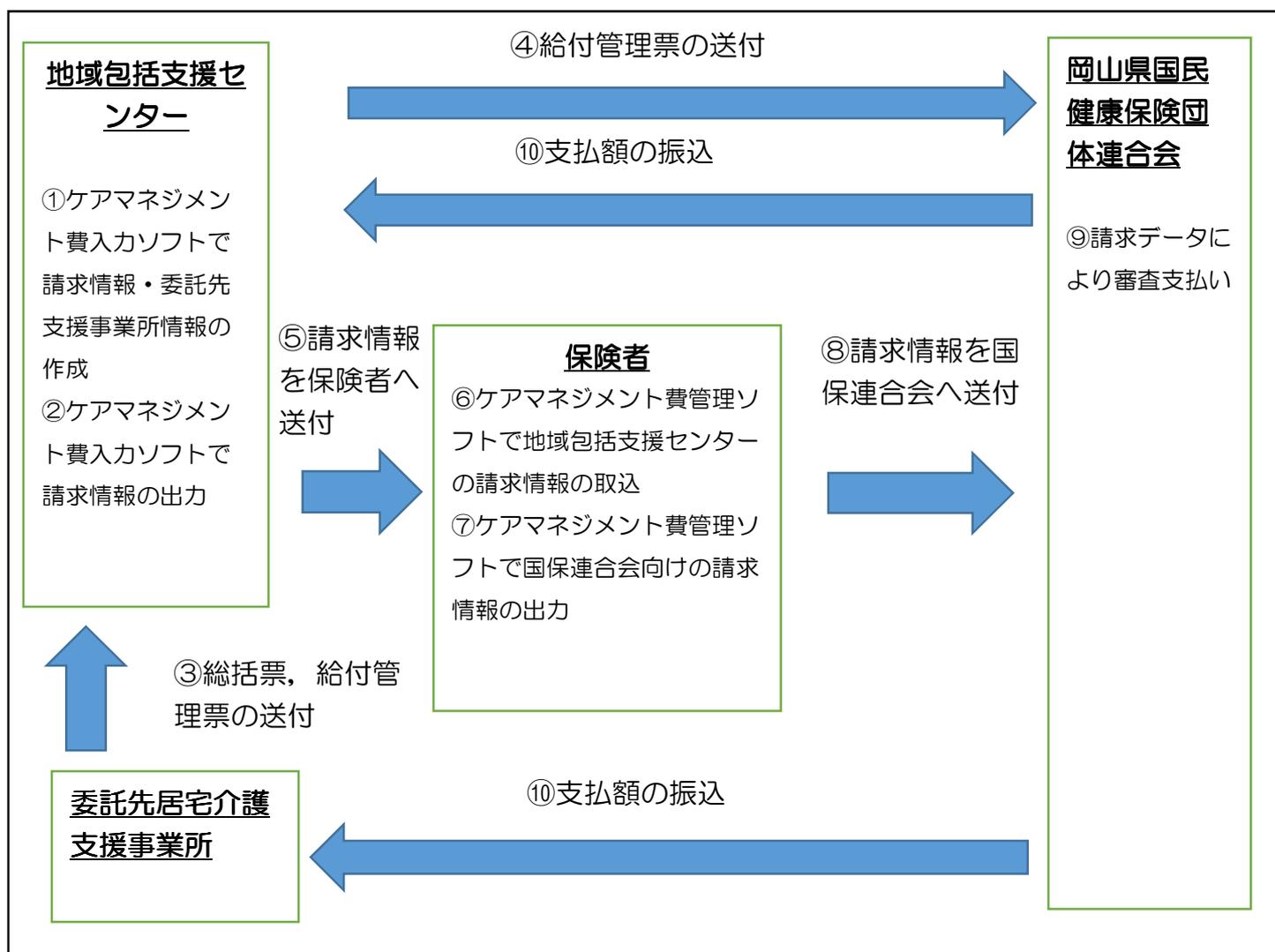
リストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービス事業のサービスを利用することができるものとし、その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができるものとし、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできません。

## 1.2 介護予防ケアマネジメント費の請求について

### (1) 請求・支払

事業費（介護予防ケアマネジメント費）の請求、支払については、図1を参照のこと。なお、請求については、ケアマネジメント費入力ソフトにより請求データを作成し、保険者に提出します。支払については、委託先も含め（県内のみ）国保連から行います。

図1 利用者が総合事業サービスのみを利用する場合



### 1.3 関係者間での意識の共有（規範的統合の推進） 【参考】

#### (1) 地域包括ケアシステムの構築と規範的統合

ア 地域包括ケアシステムの構築において、市は介護保険事業計画等で目指すべき方向性を明確にし、地域単位で具体的な基本方針を定め、その基本方針を介護サービス事業者・医療機関・民間企業・NPO・地縁組織・住民等のあらゆる関係者に働きかけて共有することによって、地域内に分散しているフォーマル・インフォーマル資源を統合していくものとします。（参考）市が進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有されることを表すものとして、「規範的統合」という表現がある（価値観、文化、視点の共有）。

※（『地域包括ケアシステムの構築に向けては、市は具体的な基本方針を明示し、関係者に働きかけて共有していく「規範的統合」が必要となる。市が示す基本方針の背景についての十分な理解がないままに、システムのみ統合を図っても、その効果は発揮できないため、「規範的統合」は重要な意味を持つ。』地域包括ケア研究会（2014.3）「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムの在り方に関する調査研究事業報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

イ 総合事業における、各利用者へのサービス提供に係る地域包括支援センターや市、事業主体といった関係者間の情報共有及びサービス提供にあたっての意識共有も「規範的統合」です。

#### (2) 明確な目標設定と本人との意識の共有

ア 総合事業では、介護事業所のみならず、NPOや民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、地縁組織、シルバー人材センター等、多様な事業主体が多様なサービスの実施主体となります。また、高齢者自身が担い手として活躍することで、生きがいや介護予防にもつながるものです。このような幅広い関係者が、支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要です。

イ 総合事業のサービス提供におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはならず、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要があります。そのためには、かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、介護予防に一定期間（例：3か月）取り組むことにより実現可能なこと、そしてそれが達成されたかどうか具体的にモニタリング・評価できる目標とします。

（参考）もちろん、設定された目標はサービス提供者に共有され、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければならない。

※（介護予防マニュアル改定委員会（2011.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

ウ 生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標を表明しない場合も少なくありません。その際、ケアマネジメント等において、高齢者等の興味・関心に気付くヒントを得るためのツールとして、「興味・関心チェックシート」が開発されているので、その活用も一つの方法です。

エ 介護予防は終わりのない取り組みであり、事業の利用が終了した後も、高齢者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要があります。さらに、介護予防とは単に総合事業その他の市町村事業だけでなく、家庭でのセルフケアや地域での様々な支援をも含むものであるから、総合事業の直接の関係者のみならず、地域の支え手である民生委員や老人クラブ、自治会・町内会等の役割も重要であり、それらの多様な主体が高齢者の継続した取り組みを支援するため、「地域が目指すべき目標」について「規範的統合」が図られていくことも重要です。

### (3) ケアプランの作成

ア 総合事業は、多様な事業主体が多様なサービスの実施主体となることから、従前の予防給付のようなサービス提供責任者が存在しない形態も想定されます。そこで、総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有するものとします。

※従前の予防給付に相当する、専門性を要するサービスを提供する場合には、当該事業所と地域包括支援センターが連携し、ケアプランに基づいて個別サービス計画を作成することになる。

イ 初回のサービス担当者会議は充実した内容とすることが適当であり、将来を予測した支援の内容等を、一定程度定めておくものとします。

ウ 適切な目標設定、サービス選定のためには、アセスメントによる利用者の心身の状況（特にADL、IADL）を正確に把握する必要があるため、課題整理総括表等を活用するものとし、関係者で共有します。

エ 利用者本人が自らのケアプランであると実感し、ケアプランで立てたステップからの乖離に自ら気づくためには、専門用語の使用はできるだけ避け、十分に説明をし、理解を得た上で使用します。これは、多様な事業主体が連携するためにも有効です。

### (4) モニタリング・評価

ア 地域包括支援センターは、利用者に介護予防・生活支援サービス事業による支援が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、目標との乖離が見られた場合には、再度、ケアプランを作成することになりますが、順調に進行した場合には事業を終了し、本人との面接等により評価を行います。この場合は、事業終了後も高齢者がセルフケアを継続できるよう、一般介護予防事業の紹介等、必要な情報提供、アドバイスをを行います。

イ サービスを利用する過程において、ケアプランで立てたステップからの乖離が見られた時には、事業実施者はもちろんのこと利用者本人や家族もそれに気づき、適宜、地域包括支援センターに情報を集約することで、状況に応じて適切なサービスが提供されるよう努めます。

### (5) セルフケア・セルフマネジメントの推進

法第4条第1項において「※国民の努力及び義務」として示されているように、高齢者

には、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めることが求められています。

※国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

## **1.4 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点【参考】**

### (1) 概要

自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントは、要支援者等が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、要支援者等自身が地域の支え手になることを目指すものです。

特にADL・IADLの自立支援では、在宅生活で要支援者等の有する能力が実際に活かされるよう支援することが重要であることから、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、日常の環境調整や動作の仕方などの改善の見極めについてアドバイスができるリハビリテーション専門職等が、ケアマネジメントのプロセスに関与していくことが望まれます。

さらに、この場合は、訪問で居宅での生活パターンや環境をアセスメントし、通所では訪問で把握した生活行為や動作上の問題を集中的に練習するなど、訪問と通所が一体的に提供されることが効果的です。

### (2) 課題分析

ア 課題分析の目的は、本人の望む生活(＝「したい」)(生活の目標)と現状の生活(＝「うまくできていない」)のギャップについて、課題分析項目に基づく情報の収集から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題(目標)」を明らかにすることです。

イ 課題分析の過程を通じて、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取り組みを積極的に促すことができます。また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながります。

ウ 状態を把握する際には、「なぜ、要支援認定の申請をしたのだろうか(申請のきっかけ)」、「なぜ、要支援状態になったのだろうか」、「生活の中で何か困っていることが生じているのだろうか」、「それはいつから、具体的にどんなことで、困っているのだろうか」、「最も困っている人は本人なのだろうか、家族なのだろうか」、というように、「なぜ」を考えつつ、本人や家族から、必要な情報をもらさず聞き取ります。

エ 「なぜ」を考える際には、居宅を訪問した上で、課題分析標準項目を参考に、「どこに問題があるのだろうか」を考え、客観的にかつ「どの程度」といった定量的な情報を把

握します。下表に、課題分析標準項目の中で、特に要支援者等について把握が必要な項目を例示します。

要支援者等について特に把握が必要な課題分析（アセスメント）に関する項目（例） 標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪、洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況 家族や地域との関わりなどに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく創、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、 主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性 危険箇所等の現在の居住環境、本人が良く利用してきた地域の社会資源と地理的状況（アクセス手段、自宅からの距離等）に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

オ 状態の把握にあたっては、「できていない・問題がある」というマイナス部分だけではなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討することが重要です。そのことで、要支援者等の自己有効感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことができます。

カ 課題分析では、本人はどのような生活を望んでいるのか、具体的に「（できれば）してみたい・参加してみたい」ADL・IADL、趣味活動、社会的活動などの内容を聞き取ることが重要です。なぜなら、「こういうことをしてみたい」という生活の目標を

認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高めることができるからです。

しかし、高齢者は周囲への遠慮や、あきらめ、意欲の低下により、具体的な目標を表明しないこともあります。そこで、併せて、家族が本人とどのような生活を望んでいるのか、本人に何をさせたいと考えているのか、といった家族の意向も聞き取ることが重要です。さらに、「興味・関心チェックシート」を活用することで、高齢者自身も忘れていた興味・関心に気づき、それを目標にできる場合があるので積極的に活用をします。

キ 課題分析の段階でも、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、リハビリテーション専門職等による生活行為の妨げになっている要因のアセスメントや、生活の予後予測等を求めることも考えられます。

### (3) ケアプラン

ア ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することです。

イ 手法としては、3～12か月を目途とする本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に、「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）、「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的な手段の選択）、「いつ頃までに」（期限）を考慮し、計画を作成します。

ウ ケアプランの作成の際には、本人・家族と、本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決を図ることが大切であること、目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明します。

エ 本人にとってのステップアップの場となる社会資源が地域にない場合は、その開発を検討する必要があります。地域ケア会議の場等を活用して市や生活支援コーディネーターに情報提供します。

オ 要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態としては、健康管理の支援が必要な者、体力の改善に向けた支援が必要な者、ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者、閉じこもりに対する支援が必要な者、家族等の介護者への負担軽減が必要な者、に整理することができ、要支援者等によっては複数該当する場合も考えられます。

ケアプランの作成にあたっては、支援課題別状態に合わせ、対応方法を組み合わせ、リハビリテーション専門職等によるアセスメント訪問と生活機能向上を目的とした通所を一体的に提供し、最終的には一般住民等が実施する身近な通いの場に結びつくよう、段階的、集中的に実施します。

#### (4) モニタリング

ア モニタリングの目的は、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結びつけていくことです。

イ モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行い、課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮します。

ウ 新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、計画を組み直すことになるが、その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求します。

#### (5) サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援

ア サービス担当者会議では、サービス提供事業者だけでなく、必要に応じてリハビリテーション専門職等の参加により、対象者の有する能力はどの程度あるのか、改善できるのかという見通し、効果的な支援方法を入手し、自立支援の視点に立ったケアマネジメントを実践することが必要です。

サービス担当者会議では、

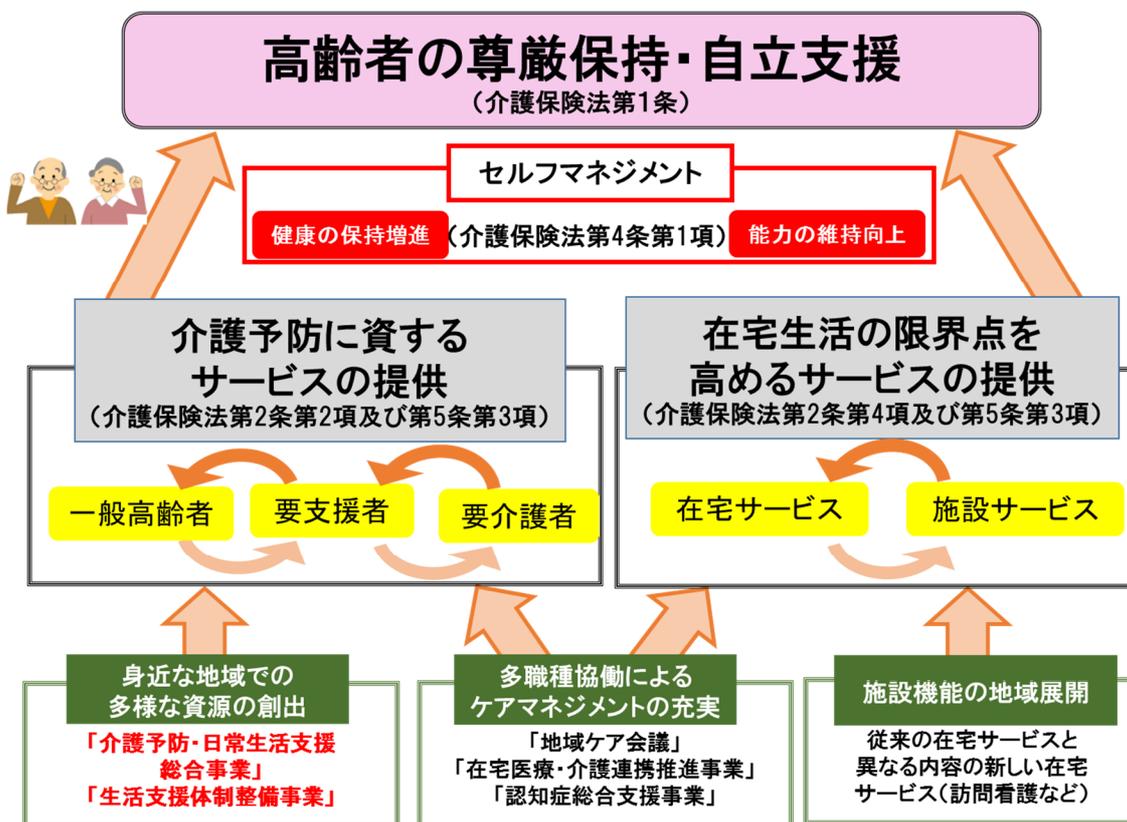
- 会議開催前には、「〇〇さんの自立を支援するためには、どのような支援が必要か」をまず考えた上で、リハビリテーション専門職等の中から、自立支援に向けたチームをどのように構成するかを検討します。
- 会議開催時には、ケアマネジメント担当者が、ケースの年齢や家族構成などの基本情報、今回の認定申請等に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程、計画の原案を説明します。
- その後、リハビリテーション専門職等の各職種が得意とする領域から、計画の原案に対して、アセスメントで不足している視点、新たな維持・改善すべき課題の有無・内容、効果的な支援方法などの助言を受けることとなりますが、積極的な発言が得られるよう、本人の情報を十分に用意するなど配慮します。
- また、介護予防・生活支援サービス提供事業所が会議に参加することで、要介護者等のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有でき（支援の方向性の共有）、リハビリテーション専門職種等から個別事例にあった運動の仕方、ADL/IADLの生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手でき（効果的なアプローチ方法の入手）、的確な通所計画などを立案でき、効果的なサービスの提供を促すことができます。
- 多職種協働によるサービス担当者会議の開催は、ケアマネジメントのスキルアップのみならず、サービス提供事業所の質の向上にも働きかけることができます。
- サービス担当者会議は、1事例について、初回、ケアプランの目標が達成する時期ごとに開催します。目標達成後は、必要に応じて再度サービス担当者会議を開催し、リハビリテーション専門職等から、次のステップアップの場である地域の通いの場や社会資源

のスタッフに、終了後も継続して取り組むとよい体操、疾患からみた心身機能の特徴と関わり方、生活行為の仕方や考えられるリスクなどの情報を提供することで、本人が安心して社会参加や活動的な生活を送ることができます。

- このような個別の事例を通じたサービス提供事業者、住民主体の支援の担い手、一般介護予防事業のスタッフ等の連携は、効果的な体操などが地域の社会資源間のどこでも取り込まれるきっかけとなり、地域全体での生活機能の維持に向けた取り組みが推進されることにつながるものです。

### 1.5 介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨【参考】

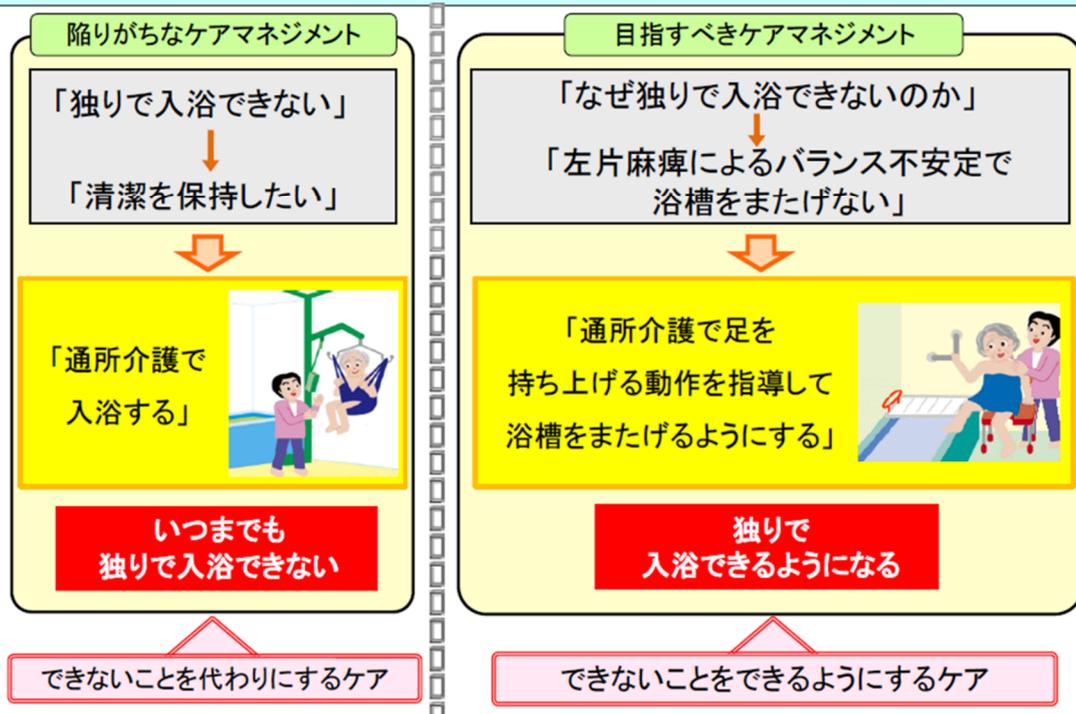
- ① 効果的な介護予防マネジメントと自立支援に向けたサービス展開による、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図る事業です。



② ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は、より自立に向けた次のステップに移っていきます。

本人の望む生活（＝「したい」） 生活目標 と現状の生活（＝「うまく出来ていない」）の ギャップ ＝ 課題 について、課題分析し、「なぜうまく出来ていないのか」を検討、解決していきます。

### 【参考1】介護予防に資するケアマネジメントの事例のイメージ



112

※ 桑名市資料より転載